



Zaświadczenie lekarskie dla Pani/Pana:

Imię i nazwisko

adres zamieszkania

PESEL

O braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności ruchowej, sportowo-rekreacyjnej i aktywizującej w Dziennym Domu Senior+ w Drzewicy przy ul. Braci Kobyłańskich 26.

Ewentualne uwagi lekarza:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

(data, podpis i pieczęć lekarza)